



E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS
NIT 890.981.726-6

**ACTA DE REUNIÓN O
COMITÉ**

**GESTIÓN DEL
TALENTO HUMANO**

CÓDIGO: AT-16-002

VERSIÓN: 04

FECHA: 01/08/2020

REUNIÓN O COMITÉ: CALIDAD
ACTA N°: 2

PROCESO: CALIDAD

PREPARADO POR

FIRMA

Yenny Alexandra Herrera Agudelo

FECHA:

31 de marzo del 2025

HORA INICIO:

02:00 pm

HORA FINALIZACIÓN:

03:00 pm

LUGAR:

Auditorio

**OBJETIVO DE LA
REUNIÓN**

Socializar con el equipo PAMEC la metodología la utilizar en este 2025 y realizar cronograma de trabajo

ASISTENTES A LA REUNIÓN O COMITÉ

NOMBRE

CARGO

FIRMA

ASISTENTES A LA REUNIÓN O COMITÉ DE CALIDAD 31/03/2025		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
Sofia Posada Salazar	Química Farmacéutica	Sofia Posada
Juan Sebastián Arango C.	Coord. Odontología	Juan Sebastián Arango
Alexandro Blanton A.	Coord. SIDA	Alexandro Blanton
Daniel Ramirez Arance	Rox Enfermería	Daniel Ramirez
Mariafernanda Tapia	Coor. PYOT	Mariafernanda Tapia
Gloria Patricia Londoño Márquez	Sub. Admón. y Finanzas	Gloria Patricia Londoño
Dany Daniela Valencia Olaj	Coord. Imunología	Dany Daniela
Mariana Toro Bedoya	Coord. Médica	Mariana Toro
Dr. Sebastián Camargo Puentes	Coord. Laboratorio	Sebastián Camargo
Liliana Chavarro Tobar	Enfermería	Liliana Chavarro
Diana Uribe	Centra	Diana Uribe
Gustavo Adolfo Gomez Lopez	auxiliar sistemas	Gustavo Gomez Lopez
Daniela Ria-Hincapié	Lider SST	Daniela Ria-Hincapié
Sindy Calle Alzate	Coor. Procesos	Sindy Calle

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	CÓDIGO: AT-16-002
			VERSIÓN: 04
			FECHA: 01/08/2020

INASISTENTES A LA REUNIÓN O COMITÉ		
NOMBRE	CARGO	MOTIVO
Mauricio Marín	Subgerente Científico	No se encontraba en el hospital
Viviana Alejandra Barrientos	Coordinador de Seguridad del Paciente	Estaba de turno
	Control Interno	No contamos con asesor
Luisa Barrientos	Biomédica	Se desconoce
Leidy Casas	Coordinador de Urgencias	Colapso en el servicio
Juliana Florez	Coordinador de Hospitalización	Descanso
Karla Elorza	Coordinadora de Facturación	Se desconoce
Laura Melisa Gonzales	Coordinador de Archivo clínico	Se desconoce
David Cantor	Coordinador de Talento Humano	Se desconoce

ORDEN DEL DÍA
1. Saludo 2. Llamado a lista y verificación del quórum. 3. Presentación PAMEC 4. Propositiones y varios. 5. Fin de la reunión.

VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE COMPROMISOS			
COMPROMISO/TAREAS	RESPONSABLE	FECHA PARA EL CUMPLIMIENTO	ESTADO
1.			
2.			

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	CÓDIGO: AT-16-002
			VERSIÓN: 04
			FECHA: 01/08/2020

3.			
4.			
5.			
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	PROG: _____	EJECUT: _____	%
DESARROLLO DE LA REUNIÓN - TEMAS TRATADOS			

Se inicia el comité dando la presentación Programa de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad (PAMEC) como plan de la cual se empezará a realizar este 2025.

PAMEC

OBJETIVO GENERAL

Garantizar la calidad de la atención en salud en la ESE Hospital San Juan de Dios de Yarumal, mediante la implementación del PAMEC enmarcado en los estándares del Sistema Único de Acreditación como estrategia hacia el mejoramiento continuo de la calidad observada respecto de la calidad esperada y bajo la metodología definida por el Ministerio de Protección Social con el fin de que se aseguren resultados efectivos.



Este es el objetivo general y principal el cual busca asegurar que, a través de la auditoría, el monitoreo y la mejora continua, se logre una atención de calidad que cumpla con las expectativas de los usuarios y con los requisitos de los sistemas de salud nacionales.

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	CÓDIGO: AT-16-002
			VERSIÓN: 04
			FECHA: 01/08/2020

METODOLOGÍA

El grupo Pamec esta conformado por personal administrativo y asistencial:

- Gerente o su delegado.
- Subdirector Científico
- Subdirectora administrativa.
- Coordinadora médica.
- Coordinadora de enfermería.
- Profesional de calidad.
- Coordinador del servicio farmacéutico.
- Líder de seguridad del paciente.
- Coordinador de SIAU.
- Coordinador de sistemas de información.
- Coordinador de control interno.
- Coordinador de Vacunación
- Ingeniera biomédica.
- Coordinadora de PYM.
- Coordinador de laboratorio.
- Coordinadora jefe de cirugía.
- Coordinadora jefe de urgencias.
- Coordinadora jefe hospitalización.
- Coordinadora de facturación.
- Coordinador archivo clínico.
- Coordinador gestión documental.
- Coordinador de odontología.
- Coordinador de Imagenología.
- Coordinador talento humano.



Se mostró la conformación de grupo PAMEC.

PAMEC

Responsabilidades del grupo líder PAMEC:

- Coordinar proceso de autoevaluación interna.
- Liderar el desarrollo del diagnóstico básico que identificará los problemas u oportunidades de mejoramiento de calidad en la Institución.
- Seleccionar el equipo de auditoria de mejoramiento.
- Monitorizar el cumplimiento de las acciones planteadas con indicadores.
- Coordinar y desarrollar el plan de auditoria institucional a todos los niveles y procesos.
- Presentar informes de auditoría.
- Administrar y controlar el sistema de calidad en la institución según los estándares establecidos.



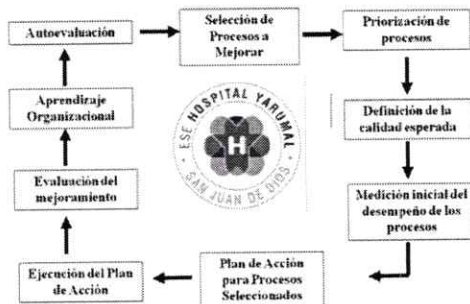
Las responsabilidades que tiene el grupo PAMEC la cual se enfoca en coordinar y liderar el proceso de mejora continua en la calidad del hospital, asegurando que se realicen evaluaciones internas, se identifiquen problemas y oportunidades de mejora, se establezcan acciones correctivas, y

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6	
	ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	CÓDIGO: AT-16-002
		VERSIÓN: 04
		FECHA: 01/08/2020

se controle el cumplimiento de los estándares de calidad mediante auditorías, informes y el seguimiento de indicadores.

PAMEC

IMPLEMENTACIÓN DE LA RUTA CRÍTICA



La ruta crítica siendo la base fundamental que se debe de seguir en cada una de sus etapas en un orden cronológico, capacitándolos sobre el **PAMEC**, y cómo seguir los pasos establecidos en la ruta crítica, con el fin de alcanzar la mejora continua de la calidad en la institución.

PAMEC

1. AUTOEVALUACIÓN

En este paso se realiza un diagnóstico básico para identificar las fallas de calidad que se tienen en los procesos institucionales, para ello se conformarán grupos con los líderes de cada proceso con el fin de tener un equipo interdisciplinario y que la información sea divulgada a todo el personal (sensibilización), además, son los responsables de implementar el nivel de autocontrol. A estos grupos, el líder de calidad los capacitará sobre que es PAMEC, sobre el soporte legal que se aplicará en él y explicará cómo se realizan todos los pasos de la ruta crítica y su objetivo a alcanzar.

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	
			CÓDIGO: AT-16-002
			VERSIÓN: 04
		FECHA: 01/08/2020	

El día de hoy se hablará de la autoevaluación se encarga de identificar las fallas de calidad en los procesos institucionales mediante un diagnóstico básico, involucrando a los líderes de cada área en equipos interdisciplinarios para asegurar una visión integral.

PAMEC

2. FORMATO DE AUTOEVALUACIÓN

 E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6									
EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN CUANTIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS									
CÓDIGO: FO-02-015			VERSIÓN: 02			FECHA: 30/04/2015			
DESCRIPCION (ESTÁNDAR)	INDICADORES	IMPACTOS	OPORTUNIDAD DE MEJORA	EMPEÑO	IMPACTOS	OPORTUNIDAD DE MEJORA	EMPEÑO	IMPACTOS	OPORTUNIDAD DE MEJORA
ESTÁNDAR 1.1.1.1	ESTÁNDAR 1.1.1.2	ESTÁNDAR 1.1.1.3	ESTÁNDAR 1.1.1.4	ESTÁNDAR 1.1.1.5	ESTÁNDAR 1.1.1.6	ESTÁNDAR 1.1.1.7	ESTÁNDAR 1.1.1.8	ESTÁNDAR 1.1.1.9	ESTÁNDAR 1.1.1.10
SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES	SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES	SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES	SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES	SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES	SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES	SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES	SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES	SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES	SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES

Se socializo el formato de autoevaluación.

PAMEC

3. ¿CÓMO SE AUTOEVALUA?

Variables	Escala de calificación				
	1	2	3	4	5
Sistematicidad y amplitud	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Contenido de un enfoque sistémico para los procesos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliegan están documentados.	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en áreas claves.	El enfoque es sistemático, tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico.	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y es de relacionamiento con el direccionamiento estratégico.
	Proactividad	Los enfoques son principalmente reactivos.	Enfoques iniciales de reacción a la prevención de problemas.	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de las áreas, cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente.	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo.
Ciclo de evaluación y mejoramiento	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos).	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Evidencia de algunos hechos y datos, de articulación.	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones, resultados, evidencias, indicadores, sobre áreas claves que afectan la mejora de procesos y servicios).	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Se tienen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y el mejoramiento de los procesos.



E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

CÓDIGO: AT-16-002

VERSIÓN: 04

FECHA: 01/08/2020

PAMEC ¿CÓMO SE AUTOEVALUA?

Variables	Escala de calificación				
	1	2	3	4	5
IMPLEMENTACIÓN					
Despliegue en la institución	El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas.	Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte.	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas claves.
Despliegue al cliente interno y/o externo	El enfoque no se despliega hacia los clientes.	Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero éste no es consistente.	Hay evidencias de implementación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado menor de consistencia.	El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente.	El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente.



PAMEC ¿CÓMO SE AUTOEVALUA?

Variables	Escala de calificación				
	1	2	3	4	5
IMPLEMENTACIÓN					
Perfomancia	Los datos presentados no muestran un buen desempeño en los procesos operativos y/o de soporte.	Los datos presentados muestran un desempeño regular en los procesos operativos y/o de soporte.	Los datos presentados muestran un desempeño bueno en los procesos operativos y/o de soporte.	Los datos presentados muestran un desempeño excelente en los procesos operativos y/o de soporte.	Todos los indicadores de rendimiento muestran un desempeño excelente en los procesos operativos y/o de soporte.
Consistencia	El cumplimiento de los procesos operativos y/o de soporte es inconsistente.	El cumplimiento de los procesos operativos y/o de soporte es regular.	El cumplimiento de los procesos operativos y/o de soporte es bueno.	El cumplimiento de los procesos operativos y/o de soporte es excelente.	Todos los indicadores de rendimiento muestran un desempeño excelente en los procesos operativos y/o de soporte.
Alcance de la medida	No existen evidencias de implementación de los procesos operativos y/o de soporte.	Existen evidencias de implementación de los procesos operativos y/o de soporte en algunas áreas.	Existen evidencias de implementación de los procesos operativos y/o de soporte en varias áreas.	Existen evidencias de implementación de los procesos operativos y/o de soporte en todas las áreas.	Todos los indicadores de rendimiento muestran un desempeño excelente en los procesos operativos y/o de soporte.
Tendencia	El cumplimiento de los procesos operativos y/o de soporte es inconsistente.	El cumplimiento de los procesos operativos y/o de soporte es regular.	El cumplimiento de los procesos operativos y/o de soporte es bueno.	El cumplimiento de los procesos operativos y/o de soporte es excelente.	Todos los indicadores de rendimiento muestran un desempeño excelente en los procesos operativos y/o de soporte.
Compromiso	No existen evidencias de compromiso de los procesos operativos y/o de soporte.	Existen evidencias de compromiso de los procesos operativos y/o de soporte en algunas áreas.	Existen evidencias de compromiso de los procesos operativos y/o de soporte en varias áreas.	Existen evidencias de compromiso de los procesos operativos y/o de soporte en todas las áreas.	Todos los indicadores de rendimiento muestran un desempeño excelente en los procesos operativos y/o de soporte.



Se mostró el proceso de autoevaluación teniendo en cuenta cada una de las variables con una calificación de un 1 a 5, 1 no muy bien 3 regular y 5 excelente.

Se habló de los demás puntos de la ruta crítica de manera muy general para no abrumar al personal con tanta información, se mostraron las siguientes diapositivas:



PAMEC

4. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

En esta etapa se seleccionan los procesos que están influyendo en el no cumplimiento del estándar de acreditación o en un resultado no deseado del indicador del sistema de información. Por lo tanto, una vez identificadas las oportunidades de mejora durante la autoevaluación, el equipo de la institución apoyado por el líder o el equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud debe establecer a que procesos pertenecen esas oportunidades de mejora y establecer un paralelo entre los estándares de acreditación y los procesos existentes en el mapa de procesos de la institución.



PAMEC

5. ¿QUÉ ES LA PRIORIZACIÓN?

En el sistema único de acreditación lo que se prioriza son oportunidades de mejora. Esta priorización se realiza mediante la calificación de las variables alto riesgo, alto costo y volumen. Cada oportunidad de mejora se calificará de 1 a 5 en cada variable.

Alto Riesgo: Riesgo al que se expone el usuario y/o la institución y/o los clientes internos si no se lleva a cabo el mejoramiento.

Alto Costo: Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.

Alto volumen: Alcance del Mejoramiento / cobertura.





ACTA DE REUNIÓN O
COMITÉ

GESTIÓN DEL
TALENTO HUMANO

CÓDIGO: AT-16-002

VERSIÓN: 04

FECHA: 01/08/2020

PAMEC

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN

PRIORIZACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA													
OPORTUNIDAD DE MEJORA		RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
ESTANDAR ASISTENCIAL		78											
DERECHOS DE LOS PACIENTES		Alejandro SIAU											
1		4	5	4	80								80



PAMEC

6. IDENTIFICACIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA

Definir el nivel de calidad esperada significa establecer la forma como se espera que se realicen los procesos de atención identificados como prioritarios, para lograr los resultados esperados.



	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	CÓDIGO: AT-16-002
			VERSIÓN: 04
			FECHA: 01/08/2020

PAMEC

7. MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS

Esta fase tiene como objetivo la implementación de mecanismos que permitan la medición de la calidad observada, es decir, el nivel de desempeño del proceso priorizado para identificar la brecha (la diferencia entre lo esperado y lo observado) mediante la aplicación de los procedimientos de auditoría interna, ya que se tienen parámetros para evaluar y comparar.



PAMEC

8. FORMULACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO:

El Plan de Mejoramiento de Calidad permite visualizar el proceso de mejora que se inicia a partir de las oportunidades identificadas en la autoevaluación y en la medición inicial del desempeño de los procesos (resultado de los indicadores). Los planes de mejora se originan de las oportunidades de mejoramiento identificadas en la autoevaluación de los estándares de acreditación por grupo de estándares.





E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS
NIT 890.981.726-6

**ACTA DE REUNIÓN O
COMITÉ**

**GESTIÓN DEL
TALENTO HUMANO**

CÓDIGO: AT-16-002

VERSIÓN: 04

FECHA: 01/08/2020

PAMEC

Para el establecimiento de los planes de mejoramiento, se dispone del siguiente formato con énfasis en acreditación sugerido por el Ministerio de Protección Social:

E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6											
PLAN DE MEJORAMIENTO ESTÁNDARES ACREDITACIÓN										CORRESPONDENCIA	
										VERSIÓN: 03	
										FECHA: 01/08/2020	
OPORTUNIDAD DE MEJORA		PROMOTOR		SEGUIMIENTO							
ESTÁNDAR		QUE	QUÉ	CÓMO	CÓMO	COMO ALCANZAR LA	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	PROBLEMAS QUE	OBSERVACIONES	ACCIONES PARA ALCANZAR LA



PAMEC

9. EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

En el desarrollo de las actividades propuestas, cada coordinador de área debe gestionar la implementación de las actividades y tareas propuestas en el plan, promoviendo la participación del equipo de trabajo a cargo.



	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	CÓDIGO: AT-16-002
			VERSIÓN: 04
			FECHA: 01/08/2020

PAMEC

Los resultados de mejoramiento del PAMEC, se orientan a:

- La Mejora del sistema y sus procesos.
- Re estandarización de procesos.
- Mejoramiento en la seguridad del paciente.
- Mejoramiento de la competencia del personal.
- Mejora del producto con relación a los requisitos de los clientes.
- Definición de necesidades de recursos.
- Redefinición de políticas y objetivos de mejoramiento.
- Ajustes en los estándares del cuadro de mando de indicadores organizacionales para el período.
- Definición de planes de acción, planes de mejora y planes operativos anuales.
- Definición de acciones para el aprendizaje organizacional para nuevo ciclo de mejoramiento.



En el área de calidad se manifiesta que en los informes de auditoría que se han hecho hasta el momento se tienen faltante de documentación en las hojas de vida del personal tanto auxiliares, jefes, especialistas, médicos generales por lo tanto ha bajado el porcentaje en todos los servicios, se solicita a los coordinadores colaborar con este proceso para que todo el personal tenga la documentación completa.

En el momento interviene Sindy (PRODESA) estando de acuerdo con lo anteriormente dicho y falta mucha documentación y que PRODESA no ha querido tomar medidas extremas ya que los perjudicados son los mismos servicios.

Después interviene la Doctora Gloria Subgerente Administrativa y dice que se deben tomar las medidas correctivas de forma inmediata si la medida es retener el salario entonces se retiene a partir del mes de abril.

PRODESA manifiesta que en este caso ya que se tiene la autorización desde la administración del hospital se iniciara con esta medida entonces.

La coordinadora medica solicita que PRODESA envíe nuevamente el listado de los faltantes del personal actualizado para que todos los coordinadores puedan intervenir.

Calidad se compromete a enviar el formato de autoevaluación en los siguientes 3 días y se da plazo al equipo PAMEC para reenviar el formato diligenciado hasta el 16 de abril, después de esta fecha en calidad se realizará el segundo punto de la ruta crítica, selección de procesos, luego se convocará de nuevo al equipo PAMEC para informar de como se realizará la Priorización.

Se da por terminada la reunión.

COMPROMISOS ACORDADOS

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	CÓDIGO: AT-16-002
			VERSIÓN: 04
			FECHA: 01/08/2020

COMPROMISOS/TAREAS	RESPONSABLE	FECHA PARA EL CUMPLIMIENTO
1. Enviar listado de documentos de personal a cada coordinador actualizado	PRODESA	Abril
2. Enviar formato autoevaluación a todos los coordinadores	Calidad	28 marzo
3. Reenviar formato de autoevaluación diligenciado a calidad	Coordinadores	16 abril
4. Convocar nuevamente a reunión para informar sobre la priorización	Calidad	Abril- Mayo
5. Iniciar acciones correctivas al personal faltante de documentación	PRODESA	Abril

CIERRE
FECHA PROXIMA REUNIÓN O COMITÉ: Mayo 2025

RESPONSABLE	FIRMA
Yenny Alexandra Herrera	